



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. 91 LEGISLATURA N. IX

DE/ME/ARS Oggetto: Legge 662/96, art 1 comma 34 e 34bis. Approvazione dei
 0 NC progetti della Regione Marche per il perseguimento di
 Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo
 Prot. Segr. nazionale per l'anno 2011, individuati nell'Accordo
 1672 del 20 aprile 2011 e nell'Integrazione dell'Accordo
 del 27 luglio 2011 tra il Governo, le Regioni e le
 Province autonome di Trento e di Bolzano

Lunedì 14 novembre 2011, nella sede della Regione Marche, ad Ancona, in via Gentile da Fabriano, si è riunita la Giunta regionale, regolarmente convocata.

Sono presenti:

- | | |
|----------------------------|----------------|
| - GIAN MARIO SPACCA | Presidente |
| - PAOLO PETRINI | Vicepresidente |
| - ANTONIO CANZIAN | Assessore |
| - SERENELLA GUARNA MORODER | Assessore |
| - PIETRO MARCOLINI | Assessore |
| - LUCA MARCONI | Assessore |
| - ALMERINO MEZZOLANI | Assessore |
| - LUIGI VIVENTI | Assessore |

E' assente:

- | | |
|------------------|-----------|
| - SANDRO DONATI | Assessore |
| - SARA GIANNINI | Assessore |
| - MARCO LUCHETTI | Assessore |

Constatato il numero legale per la validità dell'adunanza assume la Presidenza il Presidente della Giunta regionale Gian Mario Spacca. Assiste alla seduta il Segretario della Giunta regionale Elisa Moroni. Riferisce in qualità di relatore: L' Assessore Mezzolani Almerino. La deliberazione in oggetto è approvata all'unanimità dei presenti

NOTE DELLA SEGRETERIA DELLA GIUNTA

Inviata per gli adempimenti di competenza

- alla struttura organizzativa: _____
- alla P.O. di spesa: _____
- al Presidente del Consiglio regionale
- alla redazione del Bollettino ufficiale

Il _____

L'INCARICATO

Proposta o richiesta di parere trasmessa al Presidente del Consiglio regionale il _____

prot. n. _____

L'INCARICATO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

OGGETTO: Legge 662/96, art. 1 comma 34 e 34bis. Approvazione dei progetti della Regione Marche per il perseguimento di Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2011, individuati nell'Accordo del 20 aprile 2011 e nell'Integrazione dell'Accordo del 27 luglio 2011 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio riportato in calce alla presente deliberazione predisposto dall'Agenzia Regionale Sanitaria dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;

VISTA la proposta del Direttore dell'Agenzia Sanitaria Regionale che contiene il parere favorevole di cui all'articolo 16, comma 1, lettera d) della legge regionale 15 ottobre 2001, n. 20 sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica e l'attestazione dello stesso che dalla deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione poiché il finanziamento proviene dal livello nazionale;

VISTO l'articolo 28 dello Statuto della Regione;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata a pagina 1

DELIBERA

➤ di approvare i progetti per l'anno 2011, riportati in allegato alla presente deliberazione della quale fanno parte integrante e sostanziale, predisposti in aderenza agli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2011, individuati nell'Accordo del 20 aprile 2011, ed in coerenza all'integrazione contenuta nell'Accordo del 27 luglio 2011 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano per un importo pari ad Euro 40,85 mln sulla base delle seguenti linee prioritarie:

L.P. 1: Cure primarie:

Importo € 10,213 mln - Vincolo 25% del fondo (la percentuale del vincolo si applica sull'importo totale degli Obiettivi Nazionali) all'interno di tale linea è compreso il progetto su "Continuità delle cure in un sistema integrato: modelli organizzativi 118 e C.A."

L.P. 2: Non autosufficienza: Importo € 19,769 mln

L.P. 3: Cure palliative e terapia del dolore: Importo € 2,898 mln



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

L.P. 4: Interventi per le Biobanche di materiale umano: Importo € 0,434 mln

L.P. 5: Malattie Rare: Importo € 0,579 mln

L.P. 6: Piano Nazionale della Prevenzione: Importo € 6,956 mln, per il raggiungimento degli obiettivi 2011 previsti dalla DGR 1856/10 di approvazione del Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012, suddivisi nelle seguenti macroaree:

1. *macroarea 1* – medicina predittiva;
2. *macroarea 2* – prevenzione universale;
3. *macroarea 3* – prevenzione nella popolazione a rischio;
4. *macroarea.4* – prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia.

- di stabilire che per la realizzazione di tali progettualità le Aziende sanitarie della Regione (ASUR, Az. Ospedaliera ed INRCA) sono tenute al rispetto degli obiettivi, modalità, termini e vincoli economici individuati nell'allegato A, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
- di stabilire che la spesa derivante dall'attuazione della presente deliberazione è a carico delle risorse vincolate per il perseguimento degli Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2011 e riconosciuti nei Bilanci degli Enti del SSR, nei limiti del Budget assegnato dalla Regione;
- di stabilire che le Aziende di cui sopra sono tenute a produrre una relazione illustrativa dei risultati raggiunti nell'anno 2011 entro marzo 2012 e rendicontare le spese progettuali in relazione a quanto stabilito nella DGR di Budget 1161/2011;

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

(Elisa Moroni)

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA

(Gian Mario Spacca)



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

- L'articolo 1, comma 34 della legge 23 dicembre 1996, n.662, prevede l'individuazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, al cui perseguimento sono vincolate apposite risorse ai sensi dell'articolo 1, comma 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662;
- l'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, attribuisce alla Conferenza Stato Regioni la facoltà di sancire accordi tra Governo, Regioni e Province autonome, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune;
- la proposta formulata dalle Regioni, nella seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 giugno 2002, nel corso della procedura di approvazione del Piano 2003-2005 ai sensi dell'articolo 1, comma 4 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e successive modifiche ed integrazioni, evidenziava la necessità, tenuto conto delle modifiche intervenute al Titolo V della Costituzione, di dare attuazione con uno o più accordi Stato-Regioni alle parti del Piano stesso di più stretta competenza regionale per gli aspetti organizzativi;
- il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, approvato con il D.P.R. 7 aprile 2006, individua gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute e degli altri diritti sociali e civili in ambito sanitario e prevede che i suddetti obiettivi si intendono conseguibili nel rispetto dell'accordo del 23 marzo 2005, ai sensi dell'art. 1, comma 173 della legge 30 dicembre 2004 n. 311, e nei limiti e in coerenza con le risorse programmate nei documenti di finanza pubblica per il concorso dello Stato al finanziamento del SSN;
- nella seduta del 20 aprile 2011 è stato sancito l' Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sulla proposta del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali di linee guida/indirizzo per l'utilizzo da parte delle Regioni e Province autonome delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34/bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2011;
- nella seduta del 27 luglio 2011 è stato sancito l'Accordo Integrativo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sulla proposta del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali per realizzare interventi di razionalizzazione della rete dell'emergenza-urgenza integrandola con quella dell'assistenza territoriale al fine di superare la frammentarietà degli interventi per cui vengono dettate le linee di indirizzo in materia di "Continuità delle cure in un sistema integrato: modelli organizzativi 118 e C.A." in addendum rispetto alla seduta del 20 aprile 2011 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2011.
- con DGR 1856 del 23 dicembre 2010 "Recepimento intesa Stato-Regioni e Province autonome del 29.4.2010 concernente il Piano nazionale della prevenzione per gli anni 2010-2012" si sono avviati i progetti della prevenzione i cui finanziamenti, per l'anno 2011, sono ricompresi negli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale;



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- con DGR 1161 del 1 agosto 2011 avente ad oggetto "Definizione del processo di budgeting ed assegnazione delle risorse e degli obiettivi alle Aziende del SSR, all'INRCA e al Dipartimento regionale di medicina Trasfusionale (DIRMT) per l'anno 2011" sono stati inseriti i Progetti prioritari di rilievo nazionale ed è stato definito il budget spettante a ciascuna Azienda del SSR e al DIRMT rispettando gli importi vincolati;
- i criteri adottati per la selezione dei progetti sono stati i seguenti:
 - continuità rispetto alle linee progettuali adottate in atti precedenti della Regione Marche in particolare coerenza con i progetti regionali approvati per l'anno 2010;
 - coerenza con le indicazioni dell'atto di indirizzo dell'accordo Stato Regioni relativo all'annualità 2010;
 - coerenza con le priorità individuate in occasione del processo di budget 2011;
 - sviluppo di reti assistenziali estese a tutto il territorio regionale in modo da garantire omogenei livelli di assistenza;

L'Accordo del 20 aprile 2011 indica che, ai fini dell'utilizzazione delle risorse 2011 da destinare al perseguimento di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34/bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662, le regioni predispongono progetti, sulla base delle linee prioritarie individuate nell'Accordo medesimo. La conferenza Stato-Regioni individua poi i progetti ammessi a finanziamento. Si precisa che l'Accordo Stato Regioni del 2011 ha stabilito che gli Obiettivi di Piano per l'anno 2011 di cui alla proposta di Intesa del 19/04/2011, debbano riguardare esclusivamente le linee progettuali che vengono riportate come di seguito, per un importo complessivo pari a € 40.853.371:

L.P. 1: Cure primarie: Importo € 10,213 mln - Vincolo 25% del fondo (la percentuale del vincolo si applica sull'importo totale degli Obiettivi Nazionali) all'interno di tale linea è compreso il progetto su "Continuità delle cure in un sistema integrato: modelli organizzativi 118 e C.A."

L.P. 2: Non autosufficienza: Importo € 19,769 mln

L.P. 3: Cure palliative e terapia del dolore: Importo € 2,898 mln

L.P. 4: Interventi per le Biobanche di materiale umano: Importo € 0,434 mln

L.P. 5: Malattie Rare: Importo € 0,579 mln

L.P. 6: Piano Nazionale della Prevenzione: Importo € 6,956 mln.

La normativa stabilisce che il Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF) provvede ad erogare a titolo di acconto il 70% dell'importo complessivo annuo spettante a ciascuna Regione, mentre l'erogazione del restante 30% è subordinata all'approvazione, da parte della Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, su proposta del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, dei progetti presentati dalle Regioni, unitamente ad una relazione illustrativa dei risultati raggiunti nell'anno precedente rispetto a quello a cui i progetti stessi fanno riferimento. La mancata presentazione ed approvazione dei progetti comporta, nell'anno di riferimento, la mancata erogazione della quota residua del 30% ed il recupero, a valere sulle somme da erogare a qualsiasi titolo nell'anno successivo, da parte del MEF dell'anticipazione del 70% già erogata.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Nella Delibera n. 1161/2011 vengono ulteriormente specificate le modalità e i termini di ripartizione tra le Aziende del SSR e l'INRCA della quota vincolata agli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale riservata alla Regione Marche:

Obiettivi prioritari e di rilievo nazionale anno 2011 ripartizione fondi			
Totale assegnato alla Regione Marche € 40.853.371			
ASUR	AOU Ospedali Riuniti	AO Marche Nord	INRCA
€ 38.139.466	€ 1.801.324	€ 712.580	€ 200.000

Si propone, pertanto alla Giunta regionale l'adozione del presente provvedimento.

La presente deliberazione è stata esaminata dalle competenti Posizioni di funzione di cui alla DGR n.412 del 22 marzo 2011, "senza osservazioni".

Tutto ciò premesso si propone di approvare i sotto indicati progetti allegati alla presente deliberazione quale parte integrante sostanziale.

Il responsabile del procedimento
(Lucia Di Furia)



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

PROPOSTA E PARERE DEL DIRETTORE DELL'AGENZIA SANITARIA REGIONALE

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione e ne propone l'adozione alla Giunta regionale. Si attesta inoltre che dalla presente deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della regione. La spesa derivante dall'attuazione della presente deliberazione è a carico delle risorse vincolate per il perseguimento degli Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2011 e riconosciuti nei Bilanci degli Enti del SSR.

IL DIRETTORE DELL'ARS
(Carminè Ruta)

La presente deliberazione si compone di n. 42 pagine, di cui n. 35 pagine di allegati che formano parte integrante della stessa.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

(Lisa Moroni)
Lisa Moroni

MR



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Allegato A

SCHEDA n. 1 a

GENERALITA'	
PROPONENTE	REGIONE MARCHE
Linea Progettuale	LE CURE PRIMARIE
Titolo del progetto	<i>Miglioramento dell'appropriatezza nelle cure primarie: un modello integrato</i>
Durata del progetto	12 mesi
Referente	Agenzia Regionale Sanitaria
ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 10.163.343
IL PROGETTO	
CONTESTO RELAZIONE ILLUSTRATIVA	<p><i>Nuovi scenari nelle cure primarie</i></p> <p>Le Cure Primarie costituiscono il sistema di cure erogate vicino ai luoghi di vita delle persone (il domicilio, l'ambulatorio del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta, le strutture ambulatoriali e consultoriali, le strutture residenziali...) che si sviluppa secondo un modello di reti cliniche integrate e di rete integrata di servizi sanitari e sociali dove i professionisti agiscono in una logica multiprofessionale e multidisciplinare, per definire progetti di cura e di sostegno per il cittadino e la sua famiglia</p> <p>I medici di Assistenza Primaria rappresentano un nodo strategico della rete in quanto sono i primi interlocutori per i bisogni di salute dei cittadini. Ciò comporta una sempre maggiore necessità di integrazione della medicina generale nel sistema di cure offerto dal SSR.</p> <p>Il ruolo della medicina generale e della pediatria di libera scelta, sempre più orientate verso la presa in carico dell'assistenza e verso una medicina di iniziativa, è stato promosso nel livello regionale, negli ultimi anni, anche grazie agli accordi integrativi che hanno favorito ed implementato una migliore organizzazione degli studi medici, attraverso la presenza di personale di studio e infermieristico.</p> <p>La suddivisione del territorio nelle Equipe Territoriale, quali aggregazioni funzionali costituisce inoltre una "semplificazione" nella gestione del distretto in quanto rende accessibile all'utente una serie di servizi erogati all'interno dello</p>



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

studio del medico di medicina generale, anche in stretto rapporto con le strutture territoriali competenti. L'avvio dell'esperienza delle Equipe Territoriali ha sottolineato, nell'ambito della scelta fiduciaria del medico di medicina generale/pls, la possibilità di un'aggregazione su un definito territorio attraverso gli strumenti del governo clinico. Tale migliore organizzazione è derivata da un percorso di aggregazione di professionisti in forme associative di diversa tipologia (associazione, rete, gruppo), con l'obiettivo di superare gradualmente la figura del "medico singolo". Tale processo ha oggi raggiunto livelli interessanti: per quanto riguarda l'associazionismo medico al pari della presenza dei collaboratori di studio.

La Casa della salute

Nel frattempo, sulla base della DGR 273 del 25 febbraio 2008 "*Linee di indirizzo per la gestione integrata dei servizi territoriali tra le zone territoriali n. 11 Fermo, n. 12 di San Benedetto del Tronto e n. 13 di Ascoli Piceno*". sono stati attivati i percorsi per definire le competenze e la strutturazione della Casa della salute, tenendo presenti sia i vincoli di progettazione nazionali che la variabilità dei territori da servire e quindi la necessaria flessibilità del modello rispetto alla diversità della domanda. Il Sistema Sanitario Regionale acquisisce l'importante ruolo strategico di coordinamento delle diverse esperienze e d'integrazione delle svariate linee di indirizzo delle realtà zionali orientandole in maniera corretta e sinergica verso i determinanti della salute e del benessere. I percorsi attivati della Casa della salute rappresentano un modello integrato dei vari sistemi che si completano l'uno con l'altro. I diversi attori mantengono, ad ogni modo, una visione dell'insieme dei percorsi diagnostico- terapeutici-assistenziali tale che il cittadino abbia un punto di riferimento costante a cui affidarsi.

La prima fase di attivazione delle Case della Salute ha consentito di sperimentare e mettere a regime un primo livello di organizzazione basato essenzialmente nella concentrazione in alcune strutture dei servizi della medicina generale (prevalentemente assistenza primaria e continuità assistenziale) e dei servizi distrettuali (con particolare riferimento alla specialistica ambulatoriale), attivando percorsi di governo clinico per le patologie a maggiore prevalenza. Attualmente è intento della regione Marche attivare un percorso di sviluppo che possa consentire l'attivazione per ogni Area Vasta di una Casa della Salute comprendente tutti i setting erogativi extraospedalieri, fra i quali: moduli di assistenza residenziale e semiresidenziale e/o di cure intermedie, integrazione con il sistema di emergenza-urgenza dei presidi di Continuità Assistenziale.

Governo della domanda

Il "governo della domanda" è ricollocato unitariamente nella "rete territoriale" e prevede un unico percorso per la gestione integrata sociale e sanitaria delle aree logiche dell'accesso, della valutazione e della presa in carico;

La risposta integrata, in un modello a rete, è comprensiva di tutte le fasi dell'intervento assistenziale, dove i nodi ad alta interconnessione sono costituiti

NR



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

da:

- Il Punto Unico di Accesso: È stata attivata una sperimentazione del Punto Unico di Accesso in alcune Zone territoriali, incentrata sulla dimissione protetta. Tale esperienza punta a definire percorsi di continuità tra macroaree diverse sia nelle competenze che nelle modalità operative e costituisce una base di partenza per la verifica dei processi di trasversalità e di continuità dell'assistenza tra ospedale e territorio. In particolare si persegue un miglioramento nell'accessibilità e nell'appropriatezza d'utilizzo dei servizi attraverso la costituzione di una funzione di accesso unitario (in termini di procedure) alla rete dell'offerta. Le differenze sociali, al pari dei più volte menzionati mutamenti dei riferimenti epidemiologici di invecchiamento della popolazione, responsabili di un aumento di tutta una serie di patologie croniche e degenerative, rendono necessaria una diversificazione delle risposte alla complessità dei bisogni, passando da una visione unicamente di "cura della malattia" ad una che si basi sempre di più sul "prendersi cura". La assoluta necessità di garantire l'equità degli accessi, con particolare attenzione alle figure cosiddette fragili, e quindi ridurre le attuali e reali disparità presenti sul territorio, necessitano di una sinergia efficace delle risorse della collettività dove siano coinvolte le istituzioni locali ed i "servizi di prossimità".
- Unità di Valutazione integrata: La gestione del bisogno complesso si avvale di una azione di valutazione multidimensionale, quale prodotto del processo valutativo dell'equipe multiprofessionale. La fase valutativa svolge funzioni di esame della situazione clinica e sociale del singolo caso, valutazione delle necessità assistenziali sociali e sanitarie, individuazione del referente formale della presa in carico, predisposizione di un progetto individuale di intervento, monitoraggio dell'evoluzione dell'intervento e individuazione e gestione di eventuali variazioni del progetto di cura.
- PAI: Lo strumento operativo, Piano Assistenziale Individualizzato, soddisfa la progettazione personalizzata, la programmazione ed erogazione degli interventi, la valutazione dei risultati. Esso viene redatto definendo gli obiettivi di salute, le azioni da realizzare, gli operatori coinvolti, i tempi di attivazione e la durata prevista, la data della rivalutazione ed il care manager.
- La Dimissione Protetta: Rappresenta il momento di elevata integrazione tra ospedale e territorio quale garanzia di continuità assistenziale.

Il Centro di riferimento Regionale della medicina generale.

- Il Centro di Riferimento della Medicina Generale e delle Cure primarie a supporto delle scelte strategiche favorisce lo sviluppo di competenze innovative per Medici di Medicina Generale Coordinatori delle Equipe e Direttori di Distretto per il rafforzamento della rete della medicina gene-



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	<p>rale, che deve garantire anche le relazioni tra i nodi territoriali della rete e la implementazione degli strumenti del governo clinico.</p>
<p>DESCRIZIONE</p>	<p>La Rete delle cure primarie Le mutate esigenze assistenziali della popolazione e la necessità di una riqualificazione delle rete ospedaliere marchigiana, pone una sfida sui sistemi di cura territoriali che devono assicurare la realizzazione di un sistema assistenziale in grado di fornire livelli di qualità, appropriati e sostenibili, secondo una logica di prossimità, con l'obiettivo di riqualificare il sistema dell'assistenza territoriale ed integrarlo con il sistema ospedaliero, riuscendo così a realizzare l'ampliamento dell'orizzonte dell'assistenza sanitaria. Al pari di un cambiamento del ruolo dell'ospedale, che dovrà diventare sempre più specializzato e tecnologicamente attrezzato per la cura delle malattie acute si concretizza una rimodulazione delle Cure Primarie, orientata alla presa in carico della cronicità e della continuità delle cure nel rispetto dei criteri di accessibilità e di equità grazie al passaggio da una medicina di attesa a una medicina di iniziativa. Il potenziamento dei percorsi di integrazione tra Ospedale e Territorio e fra i vari attori di tutta l'assistenza territoriale socio-sanitaria, come la organizzazione di "strutture intermedie", garantiscono la continuità delle cure e la certezza della presa in carico anche nei casi di particolare complessità assistenziale. Dunque la Medicina Generale marchigiana, in una logica di coerente sviluppo, ha prima realizzato le condizioni per rendere le prestazioni della medicina generale più accessibili da parte dei cittadini e successivamente ha operato per organizzare e diffondere sviluppo delle forme di associazionismo.</p>
<p>OBIETTIVI</p>	<p>La Rete delle cure primarie</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Completamento della rete di associazionismo e della fruizione dei collaboratori di studio nel rispetto della compatibilità economica. ▪ Rimodulazione delle Cure Primarie, orientata alla presa in carico della cronicità e della continuità delle cure nel rispetto dei criteri di accessibilità e di equità . ▪ Sviluppo e potenziamento di una "medicina di iniziativa" ▪ Potenziamento dei percorsi di integrazione tra Ospedale e Territorio e fra i vari attori di tutta l'assistenza territoriale socio-sanitaria, in una logica di comunità procedurale, per una condivisione dei percorsi clinico-assistenziali tra tutti gli attori dell'assistenza (medici, infermieri, fisioterapisti, ecc.). ▪ Coinvolgimento attivo e responsabilizzazione dei cittadini negli obiettivi di salute e nei percorsi di cura ed assistenza mediante un'informazione chiara, semplice e trasparente. <p>La Casa della salute</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Valutare le sperimentazioni in essere ed allargarle nell'ottica di almeno una Casa della Salute per area vasta di alta complessità. ▪ Organizzare "strutture intermedie" tra l'ospedale ed il territorio per garantire le cure nei casi di particolare complessità assistenziale.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rilanciare organizzazioni che prendano in carico gruppi di popolazione fragile, a rischio per patologie croniche, soggetti portatori di disabilità, ecc. <p>Governo della Domanda</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Valutare le sperimentazioni in essere ed allargarle nell'ottica di almeno una per area vasta relativamente al PUA. ▪ Attivare un meccanismo di governo della erogazione delle prestazioni secondo meccanismi di programmazione condivisa con l'ambito o con gli altri soggetti interessati (macroaree e/o dipartimenti), di monitoraggio e valutazione di risultato. ▪ Garantire la continuità della presa in carico dal momento della segnalazione del bisogno o al momento della dimissione ospedaliera ▪ Garantire la continuità dell'assistenza, rispetto al grado di disabilità e di bisogno, con periodiche rivalutazioni del caso, valutazione delle persone con diversa fragilità e realizzazione del progetto personalizzato in maniera multidimensionale e coordinata <p>Il Centro di riferimento Regionale della medicina generale</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Attivare un Corso di Formazione Avanzata in Medicina Generale che rappresenta un percorso teorico – pratico rivolto ai medici di medicina generale coordinatori delle Equipe Territoriali e ai Direttori di Distretto. 								
<p>TEMPI ATTUAZIONE CRONOPROGRAMMA</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="400 1137 1294 1261"> <p>Rete delle cure primarie Completamento della rete di associazionismo e della fruizione dei collaboratori di studio</p> </td> <td data-bbox="1294 1137 1461 1261">6 mesi</td> </tr> <tr> <td data-bbox="400 1261 1294 1503"> <p>La Casa della salute</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valutazione delle sperimentazioni in essere in ottica di area vasta. • Progettazione di una Casa della Salute di alta complessità per Area Vasta e diffusione del modello di bassa e media complessità </td> <td data-bbox="1294 1261 1461 1503">6 mesi 12 mesi</td> </tr> <tr> <td data-bbox="400 1503 1294 1704"> <p>Il Punto Unico di Accesso</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valutazione delle sperimentazione in essere in ottica di area vasta. • Attivazione Front Office secondo modello PUA, almeno uno per area vasta </td> <td data-bbox="1294 1503 1461 1704">12 mesi 12 mesi</td> </tr> <tr> <td data-bbox="400 1704 1294 1823"> <p>Il Centro di riferimento Regionale della medicina generale. Attivazione Corso di Formazione Avanzata in Medicina Generale.</p> </td> <td data-bbox="1294 1704 1461 1823">9 mesi</td> </tr> </table>	<p>Rete delle cure primarie Completamento della rete di associazionismo e della fruizione dei collaboratori di studio</p>	6 mesi	<p>La Casa della salute</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valutazione delle sperimentazioni in essere in ottica di area vasta. • Progettazione di una Casa della Salute di alta complessità per Area Vasta e diffusione del modello di bassa e media complessità 	6 mesi 12 mesi	<p>Il Punto Unico di Accesso</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valutazione delle sperimentazione in essere in ottica di area vasta. • Attivazione Front Office secondo modello PUA, almeno uno per area vasta 	12 mesi 12 mesi	<p>Il Centro di riferimento Regionale della medicina generale. Attivazione Corso di Formazione Avanzata in Medicina Generale.</p>	9 mesi
<p>Rete delle cure primarie Completamento della rete di associazionismo e della fruizione dei collaboratori di studio</p>	6 mesi								
<p>La Casa della salute</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valutazione delle sperimentazioni in essere in ottica di area vasta. • Progettazione di una Casa della Salute di alta complessità per Area Vasta e diffusione del modello di bassa e media complessità 	6 mesi 12 mesi								
<p>Il Punto Unico di Accesso</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valutazione delle sperimentazione in essere in ottica di area vasta. • Attivazione Front Office secondo modello PUA, almeno uno per area vasta 	12 mesi 12 mesi								
<p>Il Centro di riferimento Regionale della medicina generale. Attivazione Corso di Formazione Avanzata in Medicina Generale.</p>	9 mesi								
<p>INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)</p>	<p><i>Casa della salute</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Numero medio di assistiti dai Medici di medicina generale coinvolti nella sperimentazione delle Case della salute. ▪ Valutazione delle sperimentazioni in essere e identificazione degli eventuali correttivi. ▪ Monitoraggio della quota residenziale della casa della salute tramite FAR: - 								



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

percentuale di invio rispetto al debito informativo.

- Numero di situazioni attivate per Area Vasta.

Punto unico di accesso

- Valutazione delle sperimentazioni in essere e identificazione degli eventuali correttivi.
- Valutazione dei piani attuativi zionali dei percorsi di condivisione dei piani delle attività.
- Numero PUA attivati
- Percentuale di procedure standardizzate e condivise tra gli operatori in area vasta.

Rete delle Cure primarie

- Incremento dei medici di medicina generale in associazione su media regionale, a fronte di rivalutazione dello specifico fondo.

Il Centro di riferimento Regionale della medicina generale

- Attivazione
- Valutazione del gradimento

RISULTATI ATTESI

Rete delle Cure primarie

- Percorso di Incremento della quota in associazione dei Medici di Medicina Generale.

Casa della salute

- Implementazione di almeno una Casa della Salute per AV corredata dei relativi debiti informativi e a fronte di una valutazione dei feedback delle sperimentazioni in essere.

Punto unico di Accesso

- Facilitazione della procedura di dimissione protetta con progettualità definita per ogni area vasta
- Miglioramento delle funzioni di front-office e dei percorsi assistenziali sulla base dell'implementazione del modello PUA.

Il Centro di riferimento Regionale della medicina generale

- Consenso da parte dei destinatari del corso e recepimento degli eventuali aspetti correttivi proposti o individuati nella fase formativa.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

SCHEDA n. 1 b

GENERALITA'	
PROPONENTE	REGIONE MARCHE
Linea Progettuale	LE CURE PRIMARIE
Titolo del progetto	<i>Sperimentazione di ambulatori di Continuità Assistenziale per l'urgenza di bassa complessità</i>
Durata del progetto	12 mesi
Referente	Agenzia Regionale Sanitaria
ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 50.000
IL PROGETTO	
CONTESTO	La Continuità Assistenziale rappresenta un ambito della medicina generale di significativa rilevanza organizzativa nell'area di sovrapposizione dei bisogni ospedalieri e territoriali. Essa infatti può utilmente contribuire alla gestione della urgenza di bassa complessità, coadiuvando la ricerca di appropriatezza nell'attuale ricorso alle prestazioni ospedaliere di Pronto Soccorso.
DESCRIZIONE	La Continuità Assistenziale vede nelle prestazioni domiciliari il focus principale di attività che è attivata o a chiamata dell'utente o dalla Centrale Operativa (art.67 dell'ACN della medicina generale). Già da questo ambito operativo contrattuale si deduce la forte correlazione con il sistema complessivo di emergenza - urgenza, che delinea una sorta di triage territoriale che può esitare o in un invio ospedaliero attraverso l'attivazione del sistema di emergenza-urgenza territoriale di competenza delle Centrali Operative o in inquadramento diagnostico terapeutico nel caso di condizioni cliniche che non richiedano interventi ospedalieri. Il fine del progetto è quello di potenziare tale ruolo attraverso l'implementazione di una attività ambulatoriale dei medici di Continuità Assistenziale che possa consentire di sviluppare un preventivo inquadramento diagnostico delle condizioni cliniche attraverso lo sviluppo dell'accesso presso la sede fisica del presidio di CA, in modo tale da poter intercettare tempestivamente i casi che impropriamente possano rivolgersi presso il Pronto Soccorso. Tale attività verrà sperimentata nell'Area Vasta di Fermo. La scelta è dettata dal fatto che tale Area Vasta è quella con più bassa incidenza di posti letto ospedalieri per abitanti di tutta la regione, e quindi maggiormente critica la necessità di evitare accessi impropri presso il Pronto Soccorso. Le sedi di Continuità Assistenziale in cui implementare l'attività ambulatoriale



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	dovranno preferibilmente essere inserite in contesti organizzativi in cui sono presenti altri set di offerta delle cure primarie.	
OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Riduzione accessi impropri al Pronto Soccorso; ▪ Incremento delle prestazioni di Continuità Assistenziale; ▪ Maggiore integrazione tra i servizi assistenziali territoriali. 	
TEMPI ATTUAZIONE CRONOPROGRAMMA	Sperimentazione di ambulatori di Continuità Assistenziale per l'urgenza di bassa complessità.	12 mesi
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<ul style="list-style-type: none"> • Contenimento codici bianchi/verdi presso il Pronto Soccorso Area Vasta Fermo • N° prestazioni ambulatoriali di Continuità Assistenziale 	
RISULTATI ATTESI	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento appropriatezza degli accessi in Pronto Soccorso; • Incremento dell'efficacia organizzativa del sistema delle cure primarie. 	

SCHEDA n. 2a**GENERALITA'**

PROPONENTE	REGIONE MARCHE	
Linea Progettuale	NON-AUTOSUFFICIENZA	
Titolo del progetto	<i>Percorso diagnostico-terapeutico per il malato di sclerosi laterale amiotrofica</i>	
Durata del progetto	12 mesi	
Referente	Agenzia Sanitaria Regionale	
ASPETTI FINANZIARI		
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO		€ 579.743
IL PROGETTO		



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

<p>CONTESTO RELAZIONE ILLUSTRATIVA</p>	<p>L'assistenza e la cura degli ammalati di SLA si inquadrano in un contesto generale di definizione degli interventi sanitari e socio-sanitari necessari per rispondere ai bisogni complessi sia dei malati che delle loro famiglie al fine di promuovere la partecipazione attiva alle cure e la capacità di scelta autonoma del malato. Promuovere globalmente la qualità di vita della persona malata i cui bisogni non sono solo di ordine medico, ma comprendono l'ambito familiare, sociale, lavorativo, valorizzando l'autonomia della persona malata, cioè la sua volontà e capacità di scelta libera e consapevole, ponendo la qualità di vita e i bisogni della persona, e non la sua malattia, al centro del programma di cura. I tratti caratteristici del percorso clinico-assistenziale per i malati di SLA sono riconducibili a presa in carico fin dall'esordio in tutte le fasi della malattia, garanzia di tempestività di accesso ai migliori livelli di qualità clinica e assistenziale, omogeneità nei criteri di diagnosi, cura ed assistenza, attenzione per il raccordo tra strutture ospedaliere e territoriali e per l'assistenza a domicilio, tutoraggio continuo del paziente e dei suoi familiari.</p> <p>La regione Marche con la DGR 1514 del 28 settembre del 2009 "<i>Linee di indirizzo in materia di cura e assistenza alle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica (SLA) nella Regione Marche</i>" ha emanato le linee di indirizzo in materia di cura ed assistenza per i malati affetti da SLA, con l'obiettivo di implementare la rete assistenziale finalizzata alla presa in carico complessiva, garantendo la necessaria fluidità del percorso di cura, con particolare riguardo alla continuità tra fase ospedaliera e territoriale, nonché la diffusione di pratiche diagnostico assistenziali omogenee su tutto il territorio, compresa la fornitura di ausili.</p> <p>Nel contempo con DGR 786 del 30 maggio 2011 "<i>Criteri e modalità per l'attuazione dell'intervento di sostegno alle famiglie di persone affette da sclerosi laterale amiotrofica (SLA) per l'anno 2011</i>" si è riconosciuto alle famiglie di malati affetti da SLA un contributo economico destinato a sostenere una migliore qualità assistenziale domiciliare.</p>
<p>DESCRIZIONE</p>	<p>Il presente progetto si pone in continuità con il percorso ormai attivato della rete assistenziale della SLA, con l'obiettivo da un lato di consolidare i risultati acquisiti e dall'altro di migliorare la presa in carico, con particolare riferimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • al rafforzamento della regia assistenziale, che passa attraverso uno sviluppo della responsabilità del Centro di riferimento ospedaliero anche sulle fasi territoriali del percorso di cura, anche alla luce delle indicazioni dell'Accordo Stato-Regioni del 25/05/2011 inerente <i>La presa in carico globale delle persone con malattie neuromuscolari o malattie analoghe dal punto di vista assistenziale.</i> • alla diffusione di pratiche omogenee, specialmente inerenti le fasi di valutazione medico – legale per l'accesso alle prestazioni previste dalla normativa. • una migliore declinazione del percorso assistenziale riabilitativo;

Y



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

TEMPI ATTUAZIONE CRONOPROGRAMMA	Costituzione gruppo tecnico regionale multidisciplinare	2 mesi
	Erogazione fornitura di comunicatori secondo le procedure	9 mesi
	Erogazione fornitura di un sostegno economico alle famiglie	9 mesi
	Individuazione Centri di riferimento ospedalieri secondo le indicazioni dell'Accordo Stato-Regioni del 25/05/2011	12 mesi
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<ul style="list-style-type: none"> • Adeguamento dei centri di riferimento alle caratteristiche indicate nell'Accordo Stato-Regioni del 25/05/2011 • Adozione di un atto di aggiornamento delle linee guida regionali del 2009 • Percentuale delle domande evase per richiesta fornitura di comunicatori secondo le procedure • Percentuale delle domande evase per richiesta Sostegno economico alle famiglie 	
RISULTATI ATTESI	<ul style="list-style-type: none"> • Miglioramento della qualità assistenziale del paziente SLA attraverso: <ul style="list-style-type: none"> ○ Maggiore omogeneità dell'inquadramento diagnostico ○ Rafforzamento della presa in carico globale 	

SCHEDA n. 2 b

GENERALITA'	
PROPONENTE	REGIONE MARCHE
Linea Progettuale	NON AUTOSUFFICIENZA
Titolo del progetto	<i>Costruzione di una rete di assistenza al paziente anziano con Demenza-Alzheimer</i>
Durata del progetto	12 mesi
Referente	Agenzia Regionale Sanitaria
ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 579.743
IL PROGETTO	

ME

7



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**CONTESTO
RELAZIONE
ILLUSTRATIVA**

Le demenze comprendono un insieme di patologie (demenza di Alzheimer, vascolare, franto-temporale, a corpi di Lewy, forme miste, ecc.) che hanno un impatto notevole in termini socio-sanitari sia perché un sempre maggior numero di famiglie ne sono drammaticamente coinvolte (In Italia il numero totale dei pazienti con demenza è stimato in oltre un milione, mentre l'attuale numero di malati affetti da Demenza di Alzheimer si aggira intorno ai 600.000), sia perché richiedono l'attivazione di una qualificata rete integrata di servizi sanitari e socio-assistenziali. Le demenze, inoltre, rappresentano una delle maggiori cause di disabilità e, dato il progressivo invecchiamento della popolazione generale, queste patologie stanno diventando, e lo saranno sempre più, un problema rilevante in termini di sanità pubblica. Sul territorio regionale è presente un'organizzazione differenziata tra le diverse Aree Vaste e all'interno delle stesse con una marcata variabilità nell'offerta qualitativa di servizi di diagnosi e cura. Spesso si rileva ancora una scarsa integrazione e collaborazione tra Ospedale, medici di medicina generale (MMG), servizi territoriali e di assistenza domiciliare integrata che rischiano di tradursi in una carenza nella presa in carico e nella continuità assistenziale. La gestione del problema Demenze è ancora affrontata in momenti e con percorsi distinti: quello diagnostico, quello assistenziale e quello riabilitativo, dimenticando che solo un approccio integrato, a tutti i livelli, può rappresentare una efficace risposta alle complesse istanze che la patologia porta con sé.

La complessità dell'assistenza richiesta dalla malattia di Alzheimer e demenze correlate, necessita quindi di un modello organizzativo che sia in grado di:

- riconoscere la centralità del paziente e della sua famiglia come luogo elettivo di cura, anche attraverso programmi di assistenza dedicata e di formazione periodica alla famiglia stessa;
- prendersi carico del paziente, proponendo soluzioni pratiche e individualizzate;
- fornire sostegno alle famiglie dei pazienti, anche in collaborazione con le associazioni di volontariato;
- svolgere un'attività di formazione continua rivolta a tutti gli operatori coinvolti; attuare il monitoraggio della malattia nell'intero territorio regionale attraverso l'istituzione di un registro delle demenze; attivare processi di verifica del sistema finalizzati al miglioramento del modello organizzativo pianificato.

Le attuali soluzioni fornite dai servizi esistenti, non essendo collocate in una rete integrata, risolvono parzialmente e solo temporaneamente i problemi legati all'assistenza dei pazienti affetti da demenza a causa della frammentazione delle competenze e delle referenze.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

DESCRIZIONE

Il presente progetto, in linea con il nuovo Piano Sanitario nazionale 2010-2012 prevede specifici interventi di razionalizzazione della presa in carico olistica del paziente anziano fragile e con problemi di patologie cronicodegenerative ed in particolare il "Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2010-2012", individua le demenze come una delle aree di priorità da includere nella programmazione regionale mira a definire i principi organizzativi e l'articolazione della rete dei servizi sociali e sanitari in una logica di "disease management", al fine di migliorare l'assistenza alle persone con malattie croniche. Queste persone, infatti, hanno bisogno, oltre che di trattamenti efficaci, anche di continuità di assistenza, informazione e sostegno per raggiungere la massima capacità di autogestione possibile. Per cui, in tale approccio, è fondamentale:

- attivare processi di rilevazione epidemiologica;
- diffondere pratiche operative basate su prove di efficacia;
- elaborare modelli organizzativi per sviluppare un'assistenza multidisciplinare;
- elaborare strumenti educativi di promozione dell'empowerment;
- elaborare misure di processo e di esito e correlati sistemi informativi;
- implementare percorsi formativi specifici per tutti gli attori coinvolti;

Appare dunque necessario, soprattutto per le demenze, definire un insieme di percorsi assistenziali secondo una filosofia di gestione integrata della malattia, che risulti efficace ed efficiente, avvalendosi di un piano di azioni prioritarie che dovranno essere declinate ed articolate sulla base dei bisogni specifici e delle risorse individuate ai diversi livelli locali e che definiscano un livello minimo uniforme di cure su tutto il territorio regionale.

Le linee di intervento sulle quali sviluppare il percorso di miglioramento del disease management per le demenze sono:

- aggiornamento della mappa dei servizi diagnostici ed assistenziali dedicati alle demenze;
- promozione della presa in carico e della continuità assistenziale da parte rete integrata in logica di Area Vasta;
- adozione di criteri diagnostici e terapeutici uniformi basati sull'appropriatezza e la tempestività;
- attivazione di percorsi formativi ad hoc tutti gli attori coinvolti (operatori sanitari, caregivers e familiari);
- elaborazione di indicatori di monitoraggio e verifica delle attività;
- istituzione di un organo di coordinamento regionale.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	<p>Pertanto le azioni prioritarie da porre in essere per l'anno 2011 dovranno prevalentemente finalizzarsi per:</p> <ul style="list-style-type: none"> • riorganizzare e potenziare le Unità Valutative attualmente operanti nell'ambito delle demenze; • istituire un Comitato Regionale per le demenze (CRD) quale organo deputato alla programmazione, coordinamento e verifica delle attività operative finalizzate al raggiungimento degli obiettivi del progetto; • Stesura di linee guida da parte del CRD per orientare in modo uniforme le attività diagnostiche ed assistenziali; • Qualificare l'assistenza sanitaria e sociosanitaria erogata nell'ambito della rete di offerta residenziale, semiresidenziale e domiciliare. 								
<p>OBIETTIVI</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Riorganizzare/potenziare l'attività delle Unità Valutative attualmente operanti; 2. Istituire il Comitato Regionale per le Demenze; 3. Garantire, nella rete integrata socio-sanitaria residenziale, semiresidenziale e domiciliare, gli attuali livelli assistenziali, sotto il profilo quantitativo, nei pazienti con demenza, sviluppando gli aspetti qualitativi sulla base di linee guida elaborate dal CRD; 4. Promuovere eventi formativi ad hoc 								
<p>TEMPI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="450 1285 1305 1384">Riorganizzare/potenziare l'attività delle Unità Valutative attualmente operanti</td> <td data-bbox="1305 1285 1490 1384">12 mesi</td> </tr> <tr> <td data-bbox="450 1384 1305 1442">Istituire il Comitato Regionale per le Demenze</td> <td data-bbox="1305 1384 1490 1442">6 mesi</td> </tr> <tr> <td data-bbox="450 1442 1305 1541">Elaborazione di linee guida da parte del CRD in ambito diagnostico, terapeutico ed assistenziale.</td> <td data-bbox="1305 1442 1490 1541">12 mesi</td> </tr> <tr> <td data-bbox="450 1541 1305 1599">Proporre eventi formativi ad hoc</td> <td data-bbox="1305 1541 1490 1599">12 mesi</td> </tr> </table>	Riorganizzare/potenziare l'attività delle Unità Valutative attualmente operanti	12 mesi	Istituire il Comitato Regionale per le Demenze	6 mesi	Elaborazione di linee guida da parte del CRD in ambito diagnostico, terapeutico ed assistenziale.	12 mesi	Proporre eventi formativi ad hoc	12 mesi
Riorganizzare/potenziare l'attività delle Unità Valutative attualmente operanti	12 mesi								
Istituire il Comitato Regionale per le Demenze	6 mesi								
Elaborazione di linee guida da parte del CRD in ambito diagnostico, terapeutico ed assistenziale.	12 mesi								
Proporre eventi formativi ad hoc	12 mesi								
<p>INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mantenimento dei posti letto per demenza nella rete integrata socio-sanitaria. • Costituzione del CRD • Approvazione delle linee guida • Attivazione percorsi formativi 								
<p>RISULTATI ATTESI</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Omogeneizzazione delle procedure diagnostico - assistenziali • Mantenimento della quota di assistenza a soggetti dementi nella rete RP sino all'adozione del piano attuativo delle linee guida su Demenza; • Condivisione delle linee guida sulla demenza. 								

17



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

SCHEDA N. 2c

GENERALITA'

PROPONENTE	REGIONE MARCHE
Linea Progettuale	NON-AUTOSUFFICIENZA
Titolo del progetto	<i>Gestione del fondo per la non autosufficienza.</i>
Durata del progetto	12 mesi
Referente	Agenzia Sanitaria Regionale

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 18.610.352
--------------------------------	--------------

IL PROGETTO

CONTESTO
RELAZIONE
ILLUSTRATIVA

Il "Protocollo d'intesa per la difesa del lavoro, la coesione sociale, il sostegno allo sviluppo" firmato il 12/11/2009 tra la Giunta Regionale delle Marche e le Segreterie Regionali CGIL CISL UIL Marche prevede un percorso di allineamento delle tariffe delle Residenze Protette alla normativa vigente nel periodo 2010-2013.

La DGR 1230 del 2 agosto 2010 "Approvazione dello schema di accordo sui percorsi di allineamento delle tariffe delle residenze protette alla normativa vigente. Anni 2010-2013" definisce:

- le modalità di implementazione della DGR 1493 del 27 ottobre del 2008 "LR n. 25/2008 "Assestamento del bilancio 2008", articolo n. 37 "Fondo regionale per la non autosufficienza" - Attuazione adempimenti";
- la necessità di costruire un atto di fabbisogno complessivo indicando le modalità di gestione della fase transitoria per le Residenze Protette;
- la necessità di ridefinire un sistema tariffario complessivo indicando le modalità di gestione della fase transitoria per le Residenze Protette;
- il "piano di riallineamento" della quota a carico del SSR per arrivare, nel 2013, alla copertura del 50% della tariffa giornaliera;
- i passaggi tecnici ed istituzionali successivi alla firma dell'accordo;
- la quota di finanziamento (distinta per anno) necessaria a coprire il complessivo percorso di riallineamento della quota a carico del SSR e la quota impe-



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	<p>gnata per il 2010.</p> <p>La DGR 1729 del 29 novembre 2010 "Approvazione del modello di convenzione tra Azienda sanitaria unica regionale e residenze protette per anziani" approva:</p> <ul style="list-style-type: none"> • il nuovo modello di convenzione tra Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) e Residenze Protette per anziani; • gli allegati necessari a rendicontare le "eventuali prestazioni aggiuntive a carico del cittadino" e i "valori economici complessivi e importo massimo della convenzione per la quota a carico del Servizio Sanitario Regionale". <p>Il percorso, avviato anche operativamente nel 2010, si colloca nel contesto di superamento della fase transitoria di convenzionamento con le Residenze Protette per anziani che prevede il riallineamento delle tariffe e del minutaggio assistenziale nel periodo 2010-2013.</p>	
DESCRIZIONE	<p>Il percorso attuativo del Protocollo di intesa, iniziato con l'applicazione delle disposizioni della DGR 1493/08 e dei suoi decreti attuativi, nel 2010 ha visto l'approvazione delle due DGR di cui sopra che hanno dato continuità al progetto e, di fatto, stabilito il tracciato della progettualità per la sua prosecuzione nel corso del 2011.</p>	
OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> • Operatività, a regime, delle convenzioni tra ASUR e Enti gestori. • Aggiornamento e verifica del piano complessivo di convenzionamento per il 2011, secondo le indicazioni della DGR 1230/10, con l'applicazione dei criteri definiti dalla stessa DGR relativamente alla quota della convenzione a carico del SSR e alla quota massima ammissibile di compartecipazione del cittadino. • Applicazione effettiva del modello di convenzione previsto dalla DGR 1729/10. • Manutenzione del "Protocollo di intesa" attraverso gli incontri del "Tavolo regionale permanente di monitoraggio" e l'effettiva attivazione "Tavoli zionali permanenti di monitoraggio". 	
TEMPI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	Adeguamento del convenzionamento per l'annualità 2011	12 mesi
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Congruenza delle convenzioni firmate tra ASUR ed Enti gestori alle disposizioni delle DGR 1230/10 e 1729/10. ○ Incremento del minutaggio assistenziale in ogni struttura convenzionata in base alla convenzione firmata. ○ Progressiva riduzione della compartecipazione dei cittadini per effetto del riallineamento previsto da ogni specifica convenzione. 	

Y

CR



14 NOV 2011

delibera
1512

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

RISULTATI ATTESI	<ul style="list-style-type: none"> • Miglioramento dei livelli assistenziali con riduzione del contributo economico a carico del cittadino. • Progressiva omogeneizzazione del governo dell'offerta residenziale, nelle Residenze Protette, per gli anziani non autosufficienti.
-------------------------	--

SCHEDA n. 3 a

GENERALITA'

PROPONENTE	REGIONE MARCHE
Linea Progettuale	CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE
Titolo del progetto	<i>Linee di indirizzo per la messa in Rete delle Cure Domiciliari Palliative per adulti Sperimentazione in Area Vasta</i>
Durata del progetto	12 mesi
Referente	Agenzia Regionale Sanitaria

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 1.374.359
---------------------------------------	-------------

IL PROGETTO

CONTESTO RELAZIONE ILLUSTRATIVA	<p>La Legge 38 del 15 marzo 2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" e l'accordo Stato regioni del 16 dicembre 2010 "linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore" sottolineano come fondamentale il potenziamento della rete assistenziale di cure palliative che in Italia è ancora insoddisfacente.</p> <p>Nella nostra regione, a fronte dello sviluppo degli hospice che stanno oramai coprendo quasi per intero le esigenze dei cittadini residenti, si evidenzia ancora la necessità di migliorare l'assistenza domiciliare, il più delle volte realizzata grazie a sistemi di convenzione con le associazioni di volontariato, caratterizzata da difformi modalità di presa in carico anche a causa dell'assenza di un percorso formalizzato anche in logica di continuità assistenziale.</p> <p>Una serie di azioni preliminari alla realizzazione di tale progettualità sono state svolte nel corso degli ultimi due anni a partire dall'avvio di tavoli di confronto</p>
--	--



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

tra le professionalità che si dedicano all'assistenza dei pazienti che necessitano di cure palliative e che hanno reso possibile la DGR 1233 del 2 agosto del 2010 "Linee di indirizzo per il trattamento farmacologico del dolore neoplastico nell'adulto", in linea con i dettami legislativi (legge 38/2010). In coerenza con la Legge 38/2010 la regione sta provvedendo alla realizzazione della rete regionale che potrà integrarsi nella costituenda rete nazionale. Con DGR 1634 del 15 novembre 2010 "L. 662/96 art. 1 comma 34 - Approvazione dei progetti della Regione Marche per il perseguimento di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2009, individuati nell'accordo dell'8 luglio 2010 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano", ha avviato lo sviluppo la Rete per le cure palliative e la Rete per la Terapia del dolore ed ha introdotto i primi necessari percorsi per l'attivazione della rete medesima predisponendo gruppi di lavoro che hanno elaborato documenti finalizzati allo sviluppo delle reti medesime e che hanno sviluppato la presente proposta progettuale.

Inoltre con DGR 412 del 22 marzo 2011 "L.R. n. 17/2010 - Organizzazione del Dipartimento per la Salute e per i Servizi sociali e dell'Agenzia regionale sanitaria" si definisce nell'ambito della riorganizzazione delle funzioni regionali che la PF ricerca sanitaria e biomedica, innovazione e formazione abbia tra i suoi compiti quello specifico delle reti per le cure palliative e per il dolore.

DESCRIZIONE

Il progetto è volto a realizzare il miglioramento della qualità di vita dei malati terminali (oncologici e non) che necessitano di assistenza e cure per il controllo dei sintomi fisici e psico-emozionali al fine di perseguire una morte dignitosa nonostante non vi siano più trattamenti efficaci conosciuti per prolungare la sopravvivenza.

Il modello che si intende proporre prevede una sperimentazione in Area Vasta si prevede la costituzione di una Unità' di Cure Palliative-Hospice (UCPH di Area Vasta di secondo livello) e la scelta di referenti collocati in sede territoriale. Tali equipe saranno integrate con le associazioni di volontariato presenti sul territorio.

L'Unità di Cure Palliative-Hospice (UCPH) si strutturerà all'interno dell'Hospice ed è composta dalla dotazione organica già esistente che andrà opportunamente integrata con il personale infermieristico che coordinerà l'estensione dell'assistenza nel territorio in logica trans-murale.

Tale dotazione organica sarà soggetta ad una rotazione dal livello domiciliare all'Hospice e viceversa anche per ridurre il burn-out dei professionisti.

Con tale progettualità si intende garantire:

- o l'individuazione di un'equipe multidisciplinare che abbia una dotazione minima di specialisti comprensiva della figura dello psicologo, strutturato o in outsourcing, riconosciuto come parte attiva delle risorse professionali, e che possa essere integrata da ulteriori operatori, secondo le necessità organizza-



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	<p>tive di ogni UCP territoriale;</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ la predisposizione di un modello di valutazione settimanale dell'intensità assistenziale sulla base del quale programmare il numero di accessi domiciliari del personale sanitario; ○ la disponibilità di una cartella clinica unica (anche con metodologie informatiche) che rispetti i requisiti definiti dalla Regione Marche; ○ la garanzia di primo accesso domiciliare programmato entro 72 ore dalla presa in carico; ○ la garanzia di erogare al domicilio prestazioni con carattere di urgenza, extra-programmazione, 7 giorni su 7, dalle 8.00 alle 20.00; ○ la presenza di un servizio di segreteria in grado di rispondere alle chiamate di segnalazione (front office) dalle ore 8.30 alle 15.30, dal lunedì al venerdì; ○ una linea telefonica specifica, fax e collegamento internet, con un proprio indirizzo di posta elettronica; ○ una reperibilità telefonica notturna (dalle 20.00 alle 8.00) che fornisca un primo filtro da parte di un operatore dell'UCP ad un eventuale successivo accesso di figure professionali facenti capo alle strutture di continuità assistenziale già in essere in ambito territoriale (Guardia Medica, Servizio 118): attraverso il servizio di reperibilità telefonica notturna si risolvono le problematiche che non richiedono un accesso al domicilio (consiglio, parere, suggerimento, confronto etc...); in caso di mancata risoluzione delle problematiche per via telefonica si garantisce la continuità assistenziale sulle figure che eventualmente dovessero accedere al domicilio (Guardia Medica, Servizio 118). La rilevazione, nel corso della sperimentazione, delle eventuali necessità d'accesso notturno al domicilio, per la risoluzione di problematiche urgenti, potrà portare a definire, nel periodo successivo, una pronta disponibilità che preceda l'accesso diretto al domicilio di un operatore dell'UCP del distretto.
<p>OBIETTIVI</p>	<p>L'obiettivo principale consiste nella realizzazione di un percorso di Rete domiciliare Cure Palliative che possa essere applicato sull'intero territorio marchigiano in ottica di Area Vasta. Ovvero definire un servizio di cure palliative domiciliari in un'ottica integrata di rete che assicuri un'assistenza specialistica al paziente nelle cure di fine vita mettendo in campo anche l'integrazione con le UO dolore.</p> <p>Gli obiettivi specifici sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sviluppo di linee di indirizzo clinico assistenziale condivise ➤ Arruolamento dei pazienti eleggibili in relazione a criteri specifici definiti nelle linee indirizzo clinico assistenziale: ➤ Applicazione dei criteri clinico assistenziali per l'attivazione del programma



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	<p>di ospedalizzazione domiciliare cure palliative:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Coinvolgimento del Medico di Medicina Generale nelle fasi di valutazione, programmazione del servizio e presa in carico ➤ Assolvimento debito informativo regionale ➤ Realizzazione di una campagna informativa intesa ad informare i cittadini sulle modalità ed i criteri di accesso alle prestazioni ed ai programmi di assistenza con il coinvolgimento dei MMG, delle farmacie pubbliche e private e delle organizzazioni ONLUS. 	
TEMPI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	Sviluppo delle linee di indirizzo clinico assistenziale	3 mesi
	Applicazione dei criteri clinico assistenziali per l'attivazione del programma di ospedalizzazione domiciliare cure palliative	12 mesi
	Verifica e monitoraggio del progetto	a 6-9 mesi
	Assolvimento debito informativo regionale	a 12 mesi
	Realizzazione di una campagna informativa	12 mesi
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<ul style="list-style-type: none"> • Formalizzazione delle linee di indirizzo • Assolvimento debito informativo regionale in particolare: <ol style="list-style-type: none"> 1. Numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e la presa in carico domiciliare da parte della Rete di cure palliative è inferiore o uguale a 3 giorni sul numero di malati presi in carico a domicilio dalla Rete e con assistenza conclusa; 2. Numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore assistiti; 3. N. e % pazienti per modalità di dimissione (domicilio, trasferimento in ospedale, trasferimento in hospice, dimissione volontaria, trasferimento in altra struttura socio-sanitaria, altro) • Campagna informativa avviata 	
RISULTATI ATTESI	<ul style="list-style-type: none"> ○ definizione e formalizzazione delle indirizzo clinico assistenziale; ○ avvio della sperimentazione; ○ miglioramento della presa in carico clinico-assistenziale e della qualità di vita. 	

2

[Handwritten signature]



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

SCHEDA N. 3 b

GENERALITA'	
PROPONENTE	REGIONE MARCHE
Linea Progettuale	TERAPIA DEL DOLORE
Titolo del progetto	<i>Implementazione della rete dell'assistenza domiciliare per la terapia del dolore adulti</i>
Durata del progetto	12 mesi
Referente	Agenzia Regionale Sanitaria
ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 1.374.359
IL PROGETTO	
CONTESTO RELAZIONE ILLUSTRATIVA	<p>La legge n. 38 del 15 marzo 2010 avente per oggetto il diritto del cittadino all'accesso alle cure palliative ed alla terapia del dolore, rappresenta una spartiacque determinante nell'organizzazione dei servizi sanitari del nostro paese.</p> <p>La corretta gestione del dolore è intesa come un diritto umano fondamentale ed è un processo di fondamentale importanza per una pratica della medicina moderna di natura etica, orientata alla persona assistita ed attenta al rapporto costo-beneficio.</p> <p>All'interno di questa legge si ravvisa il riferimento scientifico al modello bio-psico-sociale, caratterizzante la medicina moderna, secondo cui nella nocicezione vengono incorporati fattori fisici, psicologici (cognitivi, emozionali, comportamentali), sociali e culturali.</p> <p>La terapia del dolore rappresenta uno degli aspetti deboli del SSR in quanto, nonostante lo sviluppo degli Hospice, attività erogate a domicilio per pazienti oncologici, attività analgesiche effettuate presso alcune Unità Operative universitarie ed ospedaliere, la terapia del dolore necessita di maggiori e più proficue risposte organizzate in ambito regionale. Tali aspetti organizzativi non possono non essere supportati da idonei strumenti per la rilevazione del dolore e da valutazioni successive sulla risposta al trattamento medesimo. La necessità di tutelare sia pazienti in età adulta sia in età pediatrica impone alla Regione la definizione di un progetto finalizzato ad individuare un percorso organizzativo atto a migliorare la terapia del dolore sia a livello ospedaliero sia, soprattutto, a livello territoriale.</p>



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	<p>In coerenza con la Legge 38 la regione sta provvedendo alla realizzazione della rete regionale che potrà integrarsi nella costituenda rete nazionale.</p> <p>Con DGR 1634/2010, ha avviato lo sviluppo la Rete per le cure palliative e la Rete per la Terapia del dolore ed ha introdotto i primi necessari percorsi per l'attivazione della rete medesima predisponendo gruppi di lavoro che hanno elaborato documenti finalizzati allo sviluppo delle reti medesime e che hanno sviluppato la presente proposta progettuale.</p> <p>Con DGR 412/2011 si definisce nell'ambito della riorganizzazione delle funzioni regionali che la PF ricerca sanitaria e biomedica, innovazione e formazione abbia tra i suoi compiti quello specifico delle reti per le cure palliative e per il dolore.</p>
<p>DESCRIZIONE</p>	<p>Il progetto prevede lo sviluppo di un modello assistenziale capace di garantire nell'ambito delle strutture sanitarie ospedaliere della regione Marche una rilevazione sistematica ed uniforme del dolore da parte degli operatori coinvolti (capacità a rilevare metodicamente il dolore, capacità di apprezzare l'entità del dolore) e conseguentemente, ove necessario, la somministrazione di una terapia antalgica appropriata ed efficace. L'operatore sanitario rileva e documenta il dolore della persona assistita, quale V parametro vitale, utilizzando uno strumento standardizzato, validato per valutare l'intensità del dolore.</p> <p>Si svilupperà un nuovo modello organizzativo, integrato nel territorio nel quale il livello assistenziale viene distinto in tre nodi complementari: i centri di riferimento di terapia del dolore (HUB), l'ambulatorio di terapia antalgica (SPOKE), e gli ambulatori dei MMG.</p> <p>Il progetto "Ospedale-Territorio senza Dolore" è volto a realizzare il miglioramento della qualità di vita dei pazienti che necessitano di cure di qualsiasi tipo e presentino il sintomo dolore; tale progetto si concretizza attraverso il controllo del dolore spesso associato ad altri sintomi. Si prevede l'attivazione di programmi di gestione del dolore procedurale per l'adulto in ambito ospedaliero. Inoltre la progettualità sarà adeguatamente supportata nell'ambito formativo dando priorità alla necessaria crescita culturale degli operatori sanitarie socio-sanitarie e contestualmente mirando allo sviluppo della comunicazione al cittadino favorendone lo sviluppo delle aspettative non solo in termini di salute come di solito recepito ma anche di miglioramento della percezione del proprio diritto ad essere tutelato nel controllo del dolore.</p> <p>Nelle Aziende Ospedaliere e negli ospedali dove sono già presenti strutture deputate alla rilevazione, da parte degli operatori sanitari, del dolore e alla somministrazione di terapia specifica, il progetto prevede il mantenimento delle attuali attività ed una eventuale implementazione ove necessario; particolare attenzione sarà data anche al controllo del dolore in ambito ostetrico, favorendo ulteriormente lo sviluppo del "parto indolore".</p>



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

<p>OBIETTIVI</p>	<p>Obiettivi generali</p> <p>L'obiettivo è il raggiungimento della miglior qualità di vita possibile per i pazienti e le loro famiglie. Gli interventi per la rilevazione ed il controllo del dolore devono essere applicati il più precocemente possibile in aggiunta agli altri trattamenti.</p> <p>Tale risultato sarà ottenibile attraverso la messa in atto di una modalità condivisa di rilevazione del dolore al fine di ridurre al minimo le possibili fonti di errore e per omogeneizzare/uniformare la metodologia sul territorio regionale ed il contestuale sviluppo di nuovo modello organizzativo, integrato nel territorio nel quale il livello assistenziale viene distinto in tre nodi complementari: i centri di riferimento di terapia del dolore (HUB), l'ambulatorio di terapia antalgica (SPOKE), e gli ambulatori dei MMG. A tale proposito la regione ha elaborato una scheda per la rilevazione del dolore che verrà sperimentata in un Area Vasta allo scopo di verificarne l'adeguatezza, la penetrazione di tale strumento tra gli operatori ed il percorso necessario per la rilevazione dei flussi informativi.</p> <p>Il modello potrà essere attuato solo se alla base verrà creata la rete dei MMG per fornire una prima risposta concreta alle esigenze dei cittadini, fungendo da triage per i centri spoke ed hub e riducendo così l'afflusso ai pronto soccorso.</p> <p>L'obiettivo del progetto è diffondere la terapia del dolore a livello ospedaliero ed extra ospedaliero con particolare attenzione all'attività domiciliare.</p> <p>A tale scopo sono state elaborate le STANDARD OPERATING PROCEDURES (SOP) che contengono le informazioni e le istruzioni rivolte a tutti gli operatori che dovranno rilevare il sintomo dolore; le informazioni sono relative alle scale di rilevazione, alle modalità ed ai tempi con cui devono essere somministrate (vedi scheda 1).</p> <p>Obiettivi specifici del progetto sono i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none">○ Sviluppare il nuovo modello organizzativo, integrato nel territorio nel quale il livello assistenziale viene distinto in tre nodi complementari: i centri di riferimento di terapia del dolore (HUB), l'ambulatorio di terapia antalgica (SPOKE), e gli ambulatori dei MMG;○ Aumentare la sensibilità del personale infermieristico e medico, considerando il dolore come un vero e proprio PARAMETRO VITALE;○ Uniformare i comportamenti riguardanti la valutazione e la gestione del dolore;○ Coinvolgere il paziente nel piano assistenziale, educandolo alla valutazione verbale o scritta del sintomo dolore, attraverso la "Numerical Rating Scale" (NRS);○ Correggere comportamenti assistenziali errati riguardo alla sottostima da parte del personale del sintomo dolore, con particolare riguardo alle persone ricoverate affette da deterioramento cognitivo;○ Governo della domanda, anche tramite la continuità dell'informazione e la relativa informatizzazione dei percorsi (Sviluppo di un sistema di rilevazione dati; Sviluppo
------------------	---



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	<p>po di un software gestionale);</p> <ul style="list-style-type: none"> o Realizzare attività di informazione, comunicazione e sensibilizzazione sul corretto utilizzo delle strutture e dei percorsi 	
TEMPI ATTUAZIONE CRONOPROGRAMM A	Implementare in logica di Area Vasta le strutture deputate a sviluppare la progettualità	6 mesi
	Verifica e monitoraggio del progetto	10 mesi
	Definizione del nuovo percorso assistenziale e sua implementazione	10 mesi
	Assolvimento debito informativo regionale	6 mesi
	Sviluppo sistema di Verifica e ottimizzazione dei Sistemi di monitoraggio	12 mesi
	Avvio percorsi formativi	12 mesi
INDICATORI	<ul style="list-style-type: none"> • Formalizzazione del documento per uniformare i comportamenti • attivazione di programmi di gestione procedurale del dolore dell'adulto in ambito ospedaliero; • implementazione, ove già avviata, della rilevazione del dolore nei pazienti neoplastici e chirurgici; • numero di MMG e Pediatri di libera scelta coinvolti in programmi di formazione sulla gestione del dolore; • numero di programmi di formazione attivati; • incremento del consumo di farmaci oppiacei per la gestione del dolore; • riduzione del consumo di FANS; 	
RISULTATI ATTESI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Validazione del nuovo modello organizzativo integrato sul territorio 2. omogeneizzare/uniformare una metodologia per la gestione del dolore cronico 3. Incremento del consumo di farmaci oppiacei per la gestione del dolore 	

Y



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

SCHEDA N. 3 c

GENERALITA'

PROPONENTE	REGIONE MARCHE
Linea Progettuale	CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE
Titolo del progetto	<i>Progetto Bambino: cure palliative pediatriche</i>
Durata del progetto	12 mesi
Referente	Agenzia Regionale Sanitaria

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 150.000
---------------------------------------	-----------

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>L'Accordo Stato regioni del 16 dicembre 2010 definisce le "linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore". In tale accordo si ribadisce che in ambito pediatrico, la problematica presenta criticità e peculiarità tali da rendere necessario un intervento mirato con appositi provvedimenti per la creazione di un modello organizzativo. Analogamente a quanto è stato proposto per l'adulto la regione Marche propone un progetto di organizzazione di una rete di cure palliative pediatriche (CCP) e terapia del dolore (TD) per la cura e la qualità della vita di tutti i bambini con patologia inguaribile.</p> <p>Con DGR 1510 del 28 settembre 2009 "Recepimento da parte della Regione Marche dell'accordo del 20 marzo 2009, ai sensi dell'art. 4 del D. Lgs n. 281/1997, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente: "Documento tecnico sulle cure palliative pediatriche" la regione ha recepito le linee di indirizzo ministeriali.</p>
DESCRIZIONE	<p>Il progetto è volto a realizzare il miglioramento della qualità di vita dei piccoli pazienti pediatrici e quello delle loro famiglie per il mantenimento della migliore qualità di vita possibile.</p> <p>Si intende mettere a disposizione dei bambini con patologia cronica inguaribile della regione che necessita di cure palliative pediatriche le necessarie professionalità. I bambini che hanno bisogno di assistenza o cure di fine vita devono poter usufruire di interventi a livello domiciliare e residenziale evitando loro di trascorrere troppo tempo nei ricoveri in ospedale quando non necessari che solitamente si sostanziano in una cattiva qualità di vita e favorendo il tempo che trascorrono a casa. L'attuale carenza di strutture ed organizzazione per garantire un intervento domiciliare idoneo comporta la necessità di sviluppare tale progetto.</p>



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	to. In tale contesto si intende dare unitarietà alla assistenza del bambino con patologie che necessitano di cure palliative e di adeguata terapia del dolore per quanto attiene i pazienti con patologia oncologica, ematologica affetti da malattie rare, e comunque bisognosi di assistenza specifica del contesto della palliazione	
OBIETTIVI	<p>L'obiettivo principale consiste nella realizzazione di una rete regionale di cure palliative pediatriche (CPP) e terapia del dolore per riconoscere al bambino la dignità di persona e di assisterlo a casa tra genitori, compagni e le cose più care, creando la sensazione, per quanto possibile, di "normalità".</p> <p>Gli obiettivi specifici sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Costituzione di un Gruppo di Coordinamento Regionale "Progetto bambino: Cure palliative pediatriche" ➤ Creazione di un modello assistenziale con un team specialistico multidisciplinare (Istituzione di un Centro di Riferimento Regionale di terapia del dolore e cure palliative pediatriche) ➤ Pianificazione della rete di CPP e TD regionale in grado di offrire assistenza e presa in carico globale secondo un programma integrato di presa in carico che preveda l'intervento di tutti i Servizi Ospedalieri, Territoriali e sociale a livello di tutto il territorio regionale. 	
TEMPI	Gruppo di Coordinamento Regionale	3 mesi
ATTUAZIONE	linee di indirizzo regionali per la realizzazione del Centro di Riferimento Regionale di terapia del dolore e cure palliative pediatriche con un team specialistico multidisciplinare	12 mesi
CRONOPROGRAMMA	Pianificazione della rete di TD e CPP regionale	12 mesi
	Formazione operatori	3 mesi
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<ul style="list-style-type: none"> • formalizzazione gruppo di coordinamento regionale • formalizzazione del documento linee guida • numero incontri team multidisciplinare • numero Pediatri di libera scelta coinvolti in programmi di formazione sulla gestione del dolore 	
RISULTATI ATTESI	<ul style="list-style-type: none"> • Costituzione coordinamento regionale pediatrico • Validazione del nuovo modello organizzativo • omogeneizzare/uniformare una metodologia per la gestione del bambino che necessita di cure palliative e terapia del dolore . 	



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

SCHEDA n. 4

GENERALITA'

PROPONENTE

REGIONE MARCHE

Linea Progettuale

Interventi per le biobanche di materiale umano

Titolo del progetto

Biobanche di materiale umano

Durata del progetto

12 mesi

Referente

Agenzia Regionale Sanitaria

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO

€ 434.808

IL PROGETTO

**CONTESTO
RELAZIONE
ILLUSTRATIVA**

Attualmente il trapianto di cellule staminali emopoietiche (CSE) prelevate dal midollo osseo o dal sangue venoso periferico, rappresenta una procedura terapeutica largamente impiegata nel trattamento di numerose patologie. La difficoltà di reperire per alcuni pazienti un donatore compatibile o la necessità di un intervento terapeutico rapido, ha spinto a ricercare delle fonti alternative di CSE rispetto al midollo. L'identificazione di CSE nel sangue cordonale e la possibilità di effettuare trapianti con queste cellule ha indotto la costituzione di vere e proprie "banche", dove vengono conservate le unità di sangue cordonale raccolte. In Italia sono attive 17 banche di sangue cordonale distribuite su tutto il territorio nazionale. Al 31/12/2008 sono state bancate oltre 20.000 unità e di queste oltre 17.000 sono disponibili per trapianto in Italia ed esposte attraverso l'IBMDR di Genova per eventuale uso extra-nazionale. Delle unità conservate, 783 sono state utilizzate per trapianto "unrelated" (in paesi esteri e in Italia) e 106 per trapianto "related". La rete di donazione e banking italiana, che vede coinvolti le banche, i trapiantologi e le autorità competenti (regioni, CNS e CNT), si distingue per l'applicazione rigorosa dei requisiti di qualità e sicurezza, introdotti dalle normative italiane ed europee e per lo sviluppo di una rete di collaborazione nazionale ed internazionale che ha come principale obiettivo la garanzia di un elevato grado di qualità e sicurezza delle unità cordonali destinate al trapianto.

Oltre alle unità cordonali nell'ambito delle biobanche vengono messe a disposizione campioni biologici di tessuti, sangue periferico, liquidi biologici ecc. che rappresentano una risorsa importante nel trattamento dei pazienti affetti da malattie cronico-degenerative e neoplastiche, la cui attività deve essere implementata e per



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	la quale si deve tendere ad un livello di qualità ancora più elevato.	
DESCRIZIONE	<p>Il progetto si propone di incrementare il numero delle unità bancate effettivamente disponibili all'uso trapiantologico per il fabbisogno nazionale ed internazionale garantendo i livelli di qualità e sicurezza previsti dalle disposizioni normative nazionali e comunitarie vigenti e dagli standard internazionalmente accettati. Il progetto prevede di realizzare inoltre una rete integrata di punti nascita autorizzati alla raccolta del sangue sia nelle regioni in cui è presente una Banca di Sangue Cordonale, che in quelle nelle quali non è presente la Banca. In questa ultima situazione deve essere previsto che le raccolte effettuate debbano afferire ad una Banca di riferimento in altra regione in base a criteri definiti (vicinanza territoriale, convenzioni già presenti tra regioni, ecc), con la quale verranno stipulati appositi accordi. Lo sviluppo della rete dovrà prevedere inoltre un sistema coordinato per il trasporto delle unità raccolte, atto a garantire la conservazione delle proprietà biologiche delle unità trasportate e la massima efficienza delle trasferimento delle stesse.</p> <p>Infine il progetto vuole migliorare la raccolta di cellule staminali emopoietiche del midollo osseo o di sangue venoso periferico</p>	
OBIETTIVI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estensione dell'attività di raccolta presso un numero progressivamente crescente di punti nascita del territorio in base alla programmazione regionale, nonché alla garanzia di un adeguato livello di formazione e mantenimento delle competenze degli operatori addetti alla raccolta nei punti nascita; 2. estensione dei tempi di ricezione delle unità cordonali raccolte da parte delle Banche, finalizzato ad eliminare le limitazioni orarie e giornaliere della donazione (raccolta h 24); 3. sistematica applicazione dei requisiti di qualità e sicurezza previsti dalle disposizioni normative vigenti e degli standard tecnici ed operativi condivisi all'interno della rete delle banche; 4. incremento dell'inventario nazionale delle unità cordonali conservate; 5. realizzazione di campagne di informazione, comunicazione e sensibilizzazione sul territorio con l'obiettivo di informare e rendere consapevoli i cittadini del valore della donazione solidaristica del sangue cordonale e sull'utilizzo appropriato del sangue cordonale. 6. Migliorare ed implementare l'attività di raccolta delle cellule staminali emopoietiche del midollo osseo o di sangue periferico. 7. Migliorare ed implementare l'attività di raccolta di tessuto umano. 	
TEMPI ATTUAZIONE CRONOPROGRAMMA	Estensione dell'attività di raccolta e adeguato livello di formazione degli operatori	1. numero due eventi formativi della durata di 3 mesi ognu-



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	<p>addebi alla raccolta</p> <ol style="list-style-type: none"> realizzazione di corsi di formazione iniziale e per il mantenimento delle competenze del personale addetto alla raccolta Nel corso dell'anno 2010 sono stati addestrati gli operatori dei PP.OO. di Jesi, Senigallia, Fabriano, Osimo e San Severino Marche. costituzione di reti regionali integrate di punti nascita; attivazione progressiva dei Punti Nascita. Nel corso dell'anno 2010 sono divenuti operativi i Punti Nascita di Fermo, Pesaro ed Urbino (addestrati nel 2009) e i Punti Nascita di Jesi, Senigallia e Fabriano (fine 2010 inizio 2011) 	<p>no</p> <ol style="list-style-type: none"> attivazione dei Centri di raccolta (CdR) entro 4 mesi dalla conclusione del relativo evento formativo
	<ul style="list-style-type: none"> Estensione dei tempi di ricezione delle unità cordonali raccolte da parte della Banca (raccolta h 24) <ol style="list-style-type: none"> apertura delle Banche cordonali dal lunedì al sabato. La Banca Territoriale di Riferimento per la Regione Marche (con sede c/o l'AUSL di Pescara) seguirà il seguente orario di accettazione (a partire dal mese di novembre): <ul style="list-style-type: none"> - dal lunedì al sabato dalle ore 8:00 alle 17:00 - la domenica sarà attiva la reperibilità adeguamento e/o stabilizzazione del personale della Banca/Programma. <p>Si dovrà prevedere implementare il servizio di trasporto delle unità SCO dai Centri di Raccolta delle Marche alla Banca di Riferimento al fine di garantire l'attività donazionale 7 giorni su 7</p>	<ol style="list-style-type: none"> entro il primo trimestre 2012 entro il primo trimestre 2012
	<ul style="list-style-type: none"> Applicazione dei requisiti di qualità e sicurezza 	<ol style="list-style-type: none"> entro primo trimestre 2012



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

<ol style="list-style-type: none">1. Realizzazione di adeguamenti strutturali, tecnologici, organizzativi finalizzati all'applicazione di requisiti di qualità e sicurezza (application a FACT-NETCORD) Si terranno corsi di aggiornamento FACT-NETCORD (tenuti dal personale della Banca di riferimento c/o la sede del DIRMT di Ancona) rivolti ai Referenti del programma dei Punti Nascita attivati.2. E' prevista l'acquisizione di kit di raccolta, confezionamento e registrazione della temperatura di trasporto (come richiesto dagli standard internazionali)	
<ul style="list-style-type: none">• Incremento dell'inventario nazionale delle unità cordonali conservate <ol style="list-style-type: none">1. definizione di un piano triennale di bancaggio per singola banca/rete regionale integrata di banche Per il triennio 2010-2011-2012 si è previsto un progressivo incremento della raccolta e del bancaggio delle unità SCO conseguente all'attivazione della totalità dei Punti Nascita (n° 14) presenti nella Regione Marche che porterà a regime l'attività e dell' attivazione della raccolta sette giorni su sette (in riferimento a quanto sopra)	<ol style="list-style-type: none">1. entro il primo semestre 2012, in concomitanza con il raggiungimento dell'attivazione dei 14 Punti Nascita marchigiani
<ul style="list-style-type: none">• Realizzazione di campagne di informazione, comunicazione e sensibilizzazione• campagne di informazione regionale che prevedano la diffusione di materiale informativo già disponibile e la realizzazione di attività di comunicazione e sensibilizzazione dell'utenza e del personale sanitario direttamente coinvolto. L'Associazione ADISCO, in collaborazione con la Regione ed il DIRMT Ancona, come nel 2010 metterà a disposizione dei Punti Nascita attivi materia-	Fattiva dall'anno 2007, tale campagna informativa proseguirà sostenuta dall'ADISCO, per tutto l' anno 2012

Y



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	<p>le informativo (brochure, manifesti e locandine personalizzate) per l'utenza. Dal 2010 ad oggi detto materiale viene distribuito anche presso gli studi e gli ambulatori privati del personale medico presente sul territorio (MMG, PLS e Ginecologi)</p>	
<p>INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Indicatori di struttura- Sistemazione del laboratorio delle cellule staminali e-mopoietiche da Midollo o da sangue venoso periferico (entro 1° semestre 2012) <ul style="list-style-type: none"> o Realizzazione degli adeguamenti organizzativi; richiesta Application FACT o Ricezione delle unità cordonali raccolte h 24 (numero delle unità raccolte/numero parti effettuati nel fine settimana e festivi), compatibilmente con l'adeguamento del personale. o Dotazione organica della Banca/programma (numero personale strutturato/numero personale totale). • Indicatori di processo - Implementazione attività di raccolta tessuti entro il 2012: <ul style="list-style-type: none"> o N° Punti nascita con un numero di parti superiore a 500/anno attivi per la raccolta nella Regione > 75%. o I punti nascita che effettuano tra i 500 e 1000 parti/anno dovranno effettuare tra 10 e 15% di raccolte rispetto al numero dei parti effettuati, mentre quelli con un numero di parti superiori a 1000 tra 8 e 10%. • Indicatori di risultato: <ul style="list-style-type: none"> o Incremento del numero delle raccolte effettuate: +10%raccolte; +15% bancate. o Riduzione del 10%/anno delle unità esportate presso strutture private. 	
<p>RISULTATI ATTESI</p>	<ul style="list-style-type: none"> • incremento del 10-15%/anno delle raccolte effettuate, con riferimento alle unità totali raccolte sul territorio nazionale nel 2008 (11.517 unità); • incremento di 8-10%/anno delle unità criopreservate per singola Banca o reti regionali integrate di Banche; • riduzione del 10%/anno delle unità esportate presso strutture private estere ad uso autologo non solidaristico. 	



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

SCHEDA N. 5

GENERALITA'

PROPONENTE	REGIONE MARCHE
Linea Progettuale	MALATTIE RARE
Titolo del progetto	<i>Consolidamento della rete regionale per le malattie rare e sviluppo di percorsi diagnostico-terapeutici per i soggetti affetti da malattie rare</i>
Durata del progetto	12 mesi
Referente	Agenzia Regionale Sanitaria

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 579.743
---------------------------------------	------------------

IL PROGETTO

CONTESTO RELAZIONE ILLUSTRATIVA	Nell'ambito dell'assistenza ai soggetti affetti da malattie rare la scelta della Regione Marche è stata quella di individuare un centro di riferimento in ambito regionale per la diagnosi ed il trattamento delle malattie rare identificato con l'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Ancona. La Regione ha adottato un modello assistenziale a rete che si colloca in un quadro di razionalizzazione dell'erogazione delle prestazioni che punta ad eliminare le duplicazioni e la frammentazione, garantendo nel contempo la qualità e l'equità di accesso. L'obiettivo è quello di creare quell'indispensabile collegamento tra la gestione clinica e quella socio-assistenziale.
DESCRIZIONE	Il progetto Malattie Rare 2011 della Regione Marche, in continuità con l'attività progettuale degli anni precedenti, intende ricondursi essenzialmente ad assicurare a tutti i pazienti, in qualunque comune della Regione si trovino, una uniformità di trattamento, puntando su un'assistenza il più vicino possibile al luogo di residenza del malato e sull'impiego personalizzato del piano assistenziale. A questo proposito entro la fine dell'anno 2011 verrà pubblicato un volume, da distribuire a tutti i Pronto Soccorso della Regione, riguardanti un numero considerevole di malattie genetiche e metaboliche in cui vengono evidenziati i più importanti problemi acuti per specifiche malattie e indicazioni su come trattarli. Il volume sarà inviato gratuitamente sia ai sanitari dei Pronto Soccorso che ai pediatri di libera scelta. Per quanto riguarda l'assistenza ai pazienti con malattie rare, l'intento del Centro regionale è quello, insieme ad altri centri nazionali, di approntare ulteriori protocolli/linee guida e di mettere a punto nuove metodiche di diagnosi e valutazione dell'efficacia delle terapie in atto; si prevede di organizzare incontri scientifici con i medici della Regione al fine di



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	<p>sensibilizzarli a queste patologie con l'obiettivo di arrivare alla formulazione di un sospetto diagnostico il più precoce possibile, data la possibilità per alcune di queste malattie di un trattamento specifico, tanto più efficace se intrapreso precocemente. A tal fine, come già riportato nella rendicontazione 2010, il laboratorio di Malattie Metaboliche della Clinica Pediatrica dell'Azienda Ospedali Riuniti, sta mettendo a punto un metodo che possa essere impiegato come test di screening per tutte le mucopolisaccaridosi. Tale metodo, inoltre, consentirà di valutare l'efficacia della terapia enzimatica sostitutiva, del trapianto di cellule staminali o di altre molecole o modalità di trattamento che si volessero intraprendere.</p>	
OBIETTIVI	<p>Tra gli obiettivi il consolidamento delle strutture del centro in particolare il potenziamento delle capacità diagnostiche e di cura dei pazienti affetti da malattie rare e il consolidamento e potenziamento dei laboratori di Citogenetica e di laboratorio di Malattie Metaboliche della Clinica Pediatrica.</p> <p>I nuovi metodi di analisi, che si stanno approntando presso il laboratorio di Malattie Metaboliche della Clinica Pediatrica (Centro Regionale Malattie Rare) consentiranno di avere a disposizione un test di screening delle mucopolisaccaridosi e di ottenere una migliore comprensione dei meccanismi patogenetici delle malattie lisosomiali; ciò sarà possibile grazie allo studio dei glicosaminoglicani nel sangue prima e durante una terapia specifica. Tale analisi, prima nel mondo, consentirà di valutare l'efficacia della terapia ed eventualmente modificare il dosaggio o sostituire un farmaco con un'altro, rendendo la terapia più personalizzata.</p> <p>Follow up pazienti seguiti dal centro e studi osservazionali prospettici con relativa pubblicazione.</p>	
TEMPI	Consolidamento della rete assistenziale diagnostica e terapeutica	12 mesi
ATTUAZIONE	Valutazione efficacia della terapia enzimatica sostitutiva nelle malattie rare mediante lo studio dei glicosaminoglicani nel sangue	12 mesi
CRONOPROGRAMMA		
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<ul style="list-style-type: none"> • Pubblicazioni dei risultati raggiunti su riviste internazionali con impact factor • 2 incontri regionali per rafforzare la rete e comunicare i dati del registro a tutti gli operatori. 	
RISULTATI ATTESI	<ul style="list-style-type: none"> • Consolidamento della rete regionale, integrandosi anche con le reti extraregionali dedicate ad altre specifiche patologie; • Realizzazione di progetti di ricerca in collaborazione con altri centri sia nazionali che esteri; • Approvazione di ulteriori protocolli/linee guida per altre patologie metaboliche con avvio anche di trials clinici multicentrici. 	



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

SCHEDA n. 6

GENERALITA'

PROPONENTE	REGIONE MARCHE
Linea Progettuale	Prevenzione
Titolo del progetto	<i>Implementazione linee progettuali piano regionale della prevenzione 2010 – 2012 – anno di riferimento: 2011</i>
Durata del progetto	12 mesi
Referente	Agenzia Regionale Sanitaria

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 6.956.922
--------------------------------	-------------

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>Con l'Intesa Stato Regioni del 29.04.2010, è stato approvato il Piano Nazionale della Prevenzione per gli anni 2010-2012, recepito nella Regione Marche con DGR 1856 del 23 dicembre 2010 "Recepimento intesa Stato-Regioni e Province autonome del 29.4.2010 concernente il Piano nazionale della prevenzione per gli anni 2010-2012". Il Piano Regionale della Prevenzione 2010 – 2012, si pone, nelle Marche, come vincolo e come opportunità, in un contesto di importanti cambiamenti che il piano stesso può aiutare a sostenere. Rispetta il mandato concordato tra Stato e Regioni, prevedendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ la continuità delle attività del Piano nazionale della prevenzione 2005-2007 e successive proroghe, in termini di completamento degli obiettivi non ancora raggiunti e di consolidamento/estensione di quelli raggiunti; ▪ lo sviluppo di ciascuna delle macro aree individuate dal PNP 2010-2012 ed, all'interno di esse, di un congruo numero di linee di intervento con il coinvolgimento di una quota significativa del target potenziale; ▪ la messa a regime delle attività di sorveglianza previste dal PNP 2010-2012 in quanto strumento essenziale di conoscenza ad uso del monitoraggio, della valutazione e della riprogrammazione del Piano. <p>Il PRP della Regione Marche è stato valutato ed approvato dal Ministero della Salute con le procedure indicate dall'Accordo Stato Regioni.</p>
DESCRIZIONE	<p>Attraverso 30 linee progettuali il PRP delle Marche copre le quattro macroaree in cui è suddiviso il piano nazionale: medicina predittiva (2 linee), prevenzione universale (19 linee), prevenzione delle popolazioni a rischio (6 linee); prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia (3 linee). Le linee progettuali sono state scelte sulla base di quattro variabili maggiori: rilevanza epidemiologica, con-</p>



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	tinuità con il precedente PRP, norme regionali e programmazione regionale in essere, sorveglianza epidemiologica. Per i dettagli si rimanda alla DGR 1856/10.
OBIETTIVI/ TEMPI ATTUAZIONE CRONOPROGRAMMA	<p>Per l'anno 2011, primo anno di attività nel territorio in quanto il 2010 è stato dedicato alla progettazione ed approvazione del piano, per ciascuna linea progettuale sono indicati nella DGR 1856/10 obiettivi intermedi da raggiungere e relativi indicatori, che saranno oggetto della valutazione da parte del CCM come previsto dall'accordo Stato Regioni ed ai quali si rimanda per i dettagli.</p> <p>Attuazione delle 4 macro</p> <ul style="list-style-type: none">○ <i>macroarea 1</i> – medicina predittiva○ <i>macroarea 2</i> – prevenzione universale○ <i>macroarea 3</i> – prevenzione nella popolazione a rischio○ <i>macroarea 4</i> – prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia

Y



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Sintesi progetti

Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale anno 2011

LP1	Scheda n° 1 a	Miglioramento dell'appropriatezza nelle cure primarie: un modello integrato	€ 10.163.343
LP1	Scheda n° 1 b	Sperimentazione di ambulatori di Continuità Assistenziale per l'urgenza di bassa complessità	€ 50.000
LP2	Scheda n° 2 a	Percorso diagnostico-terapeutico per il malato di Sclerosi Laterale Amiotrofica	€ 579.743
LP2	Scheda n° 2 b	Costruzione di una rete di assistenza al paziente anziano con Demenza-Alzheimer	€ 579.743
LP2	Scheda n° 2 c	Gestione del fondo per la non autosufficienza.	€ 18.610.352
LP3	Scheda n° 3 a	Linee di indirizzo per la messa in Rete delle Cure Domiciliari Palliative per adulti Sperimentazione in Area Vasta	€ 1.374.359
LP3	Scheda n° 3 b	Sviluppo dell'assistenza domiciliare per la terapia del dolore	€ 1.374.359
LP3	Scheda n° 3 c	Progetto Bambino: cure palliative pediatriche	€ 150.000
LP4	Scheda n° 4	Biobanche di materiale umano	€ 434.808
LP5	Scheda n° 5	Consolidamento della rete regionale per le malattie rare e sviluppo di percorsi diagnostico-terapeutici per i soggetti affetti da malattie rare	€ 579.743
LP6	Scheda n° 6	Implementazione linee progettuali piano regionale della prevenzione 2010 - 2012 anno di riferimento 2011	€ 6.956.922
LP1-6		<i>totale</i>	€ 40.853.371